SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 43 minutos)

La sesión de la Comisión de Salud Pública del día de hoy fue convocada para tratar, particularmente, el proyecto de ley sobre Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. La exposición estará a cargo de las señoras Senadoras Percovich y Xavier. Informo a los señores Senadores que tenemos asuntos entrados pero, a solicitud de las señoras Senadoras, vamos a darles entrada con posterioridad a la exposición, que harán, del tema en cuestión.

Si los señores miembros de la Comisión están de acuerdo, damos la palabra a la señora Senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- Voy a realizar algunos comentarios sobre la exposición de motivos que acompaña este proyecto de ley.

Básicamente, concebimos la ubicación de una iniciativa de esta naturaleza desde el punto de vista de los derechos. Esta no es una óptica que pueda soslayarse en la definición de este proyecto, sino que nos parece que es, justamente, en ese punto donde nos debemos parar a los efectos de reconocer que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y, como tales, son universales, indivisibles e interdependientes. También tiene que quedar claro que, en tanto son derechos humanos, nos asisten a todas y a todos y el Estado tiene un rol fundamental a jugar puesto que debe garantizar el cumplimiento de los mismos.

El proyecto de ley recoge antecedentes de diferentes iniciativas que fueron planteadas desde la reapertura democrática hasta el momento y que, como los señores Senadores sabrán, han tenido diferente suerte. Sin duda, en la Legislatura pasada es el proyecto que más recorrido legislativo ha tenido.

¿Sobre qué bases planteamos la situación con respecto a los derechos sexuales y reproductivos que, entendemos, tiene aspectos muy deficitarios en el país que podrían comenzar a solucionarse? La planteamos como la puesta en leyes y en normas a nivel nacional, de compromisos firmados por el país o adquiridos por la ratificación del Parlamento y, por lo tanto, como norma interna de nuestro país.

¿A qué instrumentos nos referimos? A algunos que son vinculantes y a otros que no lo son, pero que implican compromisos políticos del país.

En primer término, me refiero a la Conferencia de Derechos Humanos de Viena, de 1993, donde se da esa definición, que planteábamos, sobre la universalidad, la indivisibilidad y la interdependencia de los derechos humanos.

En segundo lugar, hay que destacar la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, de 1994, de la que -si bien no es vinculante- el país sí participó y suscribió los compromisos. Dicha Conferencia plantea una óptica muy amplia acerca de los derechos sexuales y reproductivos y creo que constituye un verdadero telón de fondo de las normas que, como país, podamos acordar.

¿Cómo se define la salud sexual y reproductiva? Como un estado general de bienestar físico, mental y social; no como la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Por tanto, cuando hacemos referencia a estos temas no estamos hablando sólo de los problemas que afectan fundamentalmente a las mujeres -porque la reproducción biológica se da en

su cuerpo- sino de un tema de la sociedad, es decir, de hombres y mujeres en el pleno goce de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos.

En la Conferencia de El Cairo también se plantea que la condición de la frecuencia con la cual una pareja decide su descendencia, lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y planificar la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos.

Debe existir acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables y debe implicar el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición, la atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Esta definición incluye también la salud sexual.

Es por eso que nosotros hacemos mucho hincapié en que los proyectos que tengan que ver con la salud sexual y reproductiva deben ser integrales, abarcando el ciclo vital completo de hombres y mujeres. A su vez, se deben sostener en dos pilares fundamentales: el educativo -en el que el Parlamento tiene un campo de acción limitado- y el de servicios de salud, que deben ser accesibles y estar dotados de recursos humanos idóneos, a fin de que brinden el asesoramiento y los métodos adecuados.

En consecuencia, cuando hablamos de la Conferencia de El Cairo también nos estamos refiriendo a la posibilidad de alcanzar muchos de los objetivos que se han planteado en las Metas del Desarrollo del Milenio y al desafío de que las mismas -que para algunos implican una cierta reducción en los planteos de conferencias anteriores- puedan efectivamente implementarse. Por ejemplo, un dato concreto es que en un país como el nuestro, con muy baja mortalidad materna, la incidencia porcentual de la mortalidad por aborto inseguro es muy significativa, alcanzando el 47.9%. En el hospital materno infantil de referencia -que era el Hospital Pereira Rossell- una de cada dos muertes maternas obedecía a las consecuencias de un aborto realizado en condiciones de riesgo. Insisto en el hecho de que es la incidencia porcentual y no la numérica la que pone en evidencia esta situación, porque reitero que, por suerte, Uruguay tiene bastante buenas cifras en materia de mortalidad materna, como consecuencia de varias medidas que se han ido adoptando a lo largo de la historia -como, por ejemplo, la institucionalización del parto y los controles de los embarazos, las que han ido mejorando los registros y los índices en esta área de la salud. Esto, evidentemente, también tiene mucho que ver con la forma en que se transita en el tema de la reproducción biológica en el país.

Otro elemento que nos parece importante desde el punto de vista de la protección jurídica a una norma como la que estamos proponiendo, surge de la Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer - CEDAW, que el país suscribió en el año 1979 y cuyo Protocolo Facultativo está vigente desde julio de 2001. Esta es una norma vinculante, ya que dicha Convención establece la obligación de abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar porque las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación, tomando todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualquier persona, organización o institución. Ese espíritu es el que anima el proyecto de ley presentado pero, sin duda, en algunos aspectos más polémicos, como son los que propone esta iniciativa que pretende cambiar la forma de penalizar el aborto en el país con una nueva regulación, está en juego la situación de violencia que sufre cualquier mujer que decide interrumpir su embarazo, en la medida en que en todas las posibilidades esa práctica es un delito en el Uruguay.

Otra herramienta importante desde 1994 es la Convención de Belém do Pará, cuyo propósito es eliminar las situaciones de violencia que afectan particularmente a las mujeres, ya que toda mujer tiene el derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado.

O sea que los dos sistemas, el de Naciones Unidas y el Interamericano, tienen herramientas legales como para sostener jurídicamente las propuestas que se traen en este proyecto de ley.

No puedo dejar de mencionar que en 1995 la Conferencia de Beijing también instó a los Gobiernos a revisar, adoptar y mantener políticas y estrategias de desarrollo que consideren las

necesidades específicas de las mujeres, particularmente de las que viven en situación de pobreza.

Entendemos que hay un desajuste entre todas estas recomendaciones y normas legales y lo que se ha hecho en el país. En ese sentido, creemos que un proyecto de ley como el que proponemos intenta introducir ajustes en varios temas, como los que hoy tenemos -según decíamos anteriormente- como metas del milenio, entre los que se encuentran reducir los porcentajes de mortalidad infantil y materna, lo que -haciendo referencia a lo que lamentablemente ocurrió en 2001- podría ser un objetivo a lograr perfectamente si damos garantías sanitarias a quienes deciden practicarse un aborto.

Lamento no haber traído el material, pero si miramos el conjunto del mapa veremos que la experiencia internacional demuestra que los países que tienen una legislación más permisiva prácticamente no tienen mortalidad materna.

Por ejemplo, en Francia hace más de diez años que no se registra una muerte materna por aborto inseguro, porque está legalizado desde hace mucho tiempo; la última que se produjo fue como consecuencia de una complicación anestésica. Pero no es patrimonio de los países desarrollados tener legislaciones flexibles con relación al tema del aborto, pues países como Túnez también tienen una legislación que permite el aborto en determinadas condiciones y en ellos se corrobora el mismo hecho: la mortalidad baja o no existe como consecuencia de una práctica de este tipo.

Quienes impulsamos este proyecto de ley estamos convencidos de que el número de abortos en el país se va a reducir, siempre y cuando hagamos lo mismo que realizaron los países que han logrado estos objetivos, que es una legislación integral. Los últimos datos que manejó esta Comisión - en la Legislatura pasada- acerca del número al que podían ascender los abortos en este país son dramáticos, porque ascienden a 33.000, lo que estaría dando un promedio de 90 prácticas de esa naturaleza por día. Son las cifras más bajas que se han dado, de acuerdo con los datos aportados por estudios serios. Siempre digo que cuando yo era estudiante los profesores manejaban cifras superiores a los 100.000 casos. Sin duda, el comportamiento reproductivo de nuestras sociedades ha cambiado notoriamente, en la medida en que entre esas cifras y las actuales se han dado dos hechos importantes: la píldora anticonceptiva y que las mujeres se vuelcan decididamente al mercado laboral, lo que cambia los comportamientos, fecundidades y natalidades de los países.

A continuación, la señora Senadora Percovich va a detallar los contenidos específicos de los Capítulos del proyecto de ley.

SEÑORA PERCOVICH.- Después de este marco de fundamentos que expuso la señora Senadora Xavier, me gustaría trasmitir que hemos tratado de apuntar hacia esos conceptos de preocupación que ella señalaba, en un país que no ha atendido este tema, es decir, que en realidad no ha tenido políticas explícitas de población que visualicen claramente las aspiraciones, fruto de una libre determinación, que tienen sus hombres y mujeres, sus parejas, sus ciudadanos.

En 1982 se realizó la Primera Encuesta de Fecundidad a iniciativa del Ministerio de Salud Pública, que tuvo una distribución muy estricta en 1986, aunque nunca se publicó. Ahora, el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, está realizando una de Género y Generaciones, que expresa precisamente ese desajuste que existe entre las poblaciones con menos educación, menos posibilidades económicas y, por lo tanto, con un marco más restringido desde el punto de vista de sus opciones para acercarse al sistema sanitario y, por ende, con mayor cantidad de hijos -aun a pesar de no querer tener tantos- y las parejas, las familias, las mujeres con una mayor educación, insertas en el mercado laboral o con posibilidades de estarlo y con ganas de tener más hijos de los que tienen. Justamente aquí se revela lo que señalaba la señora Senadora Xavier, en el sentido de que el país ha ido avanzando en políticas sanitarias de mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos, tratando de completar su canasta en esa materia.

A mi criterio, es un gran logro de la Administración anterior que a nivel de las políticas públicas sanitarias se haya decidido incorporar definitivamente al presupuesto del Ministerio de Salud Pública la compra de los anticonceptivos.

Este país, que tuvo la píldora desde el momento en que se descubrió, en los años sesenta - creo haber sido una de las primeras usuarias de la píldora anticonceptiva en aquellos años, sin embargo, lo hizo en un extraño “concubinato” con una organización internacional privada, que la

repartía muy bien en todo el país, pero no estaba incorporada como una política del Ministerio de Salud Pública.

Creo que a partir de la demanda de la propia sociedad y de la reflexión con el sistema médico, entre otros, en la Administración anterior, en sucesivos programas del Ministerio de Salud Pública, se fue logrando incorporar esto en el presupuesto del Ministerio. Primero se comenzó por el área metropolitana y ahora, en una continuación de una política de Estado por parte del Ministerio de Salud Pública, se logró la extensión a todo el país de la canasta de anticonceptivos, como debe ser, porque cada etapa etaria, cada físico y cada segmento educativo puede utilizar correctamente algunas opciones de esa oferta. El objetivo de esto es tratar de que realmente haya un correcto uso y accesibilidad a los métodos anticonceptivos para todas las parejas y para todas las personas, de acuerdo con sus características.

Como señalaba la señora Senadora Xavier, desde el Estado estamos comprometidos por algunos de los instrumentos internacionales vinculantes al respecto.

En ese sentido, debo señalar que este año se elaboró una parte de las respuestas que debíamos a esos Protocolos a los que nos habíamos comprometido como país. Allí detallamos, tanto la política a desarrollar a nivel educativo, ámbito en el que este año se abre la posibilidad de incorporar elementos para que niños, niñas y adolescentes puedan optar con libertad por una sexualidad responsable -de acuerdo con los parámetros de su familia, su entorno y sus criterios, como el esfuerzo presupuestario y de capacitación del funcionariado de salud pública para lograr esa accesibilidad.

Con relación a este punto, hemos tratado de enmarcar una modificación legal de nuestro Código Penal en lo que refiere al delito de aborto, normativa que tanto se ha discutido durante años en nuestro país pero que, evidentemente, no se respeta, pues de hecho la interrupción del embarazo se sigue dando y, en la medida en que está criminalizada, se la realiza en forma insalubre. Hubo un momento de liberalidad, pero en los últimos años ha habido un mayor control de parte de las autoridades, diría, en esta hipócrita conducta que criminaliza, pero no termina con la interrupción del embarazo, que continúa practicándose -algunas se provocan en clínicas que lo hacen en mejores condiciones que otras, lo que representa una falta de justicia con relación al servicio sanitario que se brinda, porque igualmente la población ha optado por decidir si quiere tener hijos o no, lo que ha determinado una mayor clandestinidad que, a su vez, hace que esa práctica sea aún más insalubre.

Al mismo tiempo, como por suerte se han extendido las políticas públicas de prevención a nivel del Estado -particularmente, de Salud Pública, también se ha logrado una mayor educación de la población, un mayor esfuerzo de las organizaciones sociales -especialmente las de mujeres- y de médicos, quienes han dado una batalla -ya que les ha molestado el hecho de tener un alto porcentaje de mortalidad materna por aborto, cuando el índice de mortalidad materna por otras causas es bajo en el país- y han tomado iniciativas sanitarias que han disminuido la insalubridad y las consecuencias de un aborto realizado en forma clandestina.

Hemos tratado de enmarcar el proyecto de ley en estos principios en lugar de plantear solamente capítulos de modificaciones legales, pues nos pareció que las prácticas y las responsabilidades del Estado, a las que se comprometieron los Gobiernos anteriores en estas Convenciones que mencionara la señora Senadora Xavier -sobre las que, además, se nos reclama cuando concurrimos a los ámbitos internacionales para dar cuenta de la responsabilidad de nuestro país como Estado parte, también deben estar reguladas desde el punto de vista legal. En otras palabras: si las suscribimos en instrumentos internacionales, es conveniente que tengamos una legislación para que el Estado cuente con un marco legal que no solamente obligue a una u otra Administración, sino también para que la propia comunidad pueda reclamarle el cumplimiento de determinados principios éticos y rectores en un tema delicado, que implica la voluntad individual de las personas en el ejercicio de su sexualidad, así como la necesaria información y todos los demás elementos como para optar libremente y sin presiones de ningún tipo.

Nos parecía importante enmarcar esto en esos principios rectores y éticos -que serán los que deberemos discutir como Legisladores- ya que, a su vez, representan un marco para los actores del Estado que luego tienen que actuar. En este sentido, me refiero a los docentes a nivel educativo en el marco de la educación sexual, a los equipos técnicos médicos que deben ejecutar esas políticas o a otros actores que interactúen en el tema. Entonces, creíamos que era bueno que esto quedara establecido y por ello pusimos todo un primer Capítulo que recoge -y por eso está en el material que

les repartí- la primera parte de lo que son las guías sobre salud sexual y reproductiva, que se vienen trabajando desde dos Administraciones anteriores hasta la presente, a nivel del Ministerio de Salud Pública, de la ANEP y de otros actores del Estado.

Lo hicimos a los efectos de realizar un protocolo de actuación en el que tomamos muchos de los conceptos para enmarcarlos en principios rectores y éticos, así como en algunos objetivos y acciones institucionales que tienen esas responsabilidades. Quizás esto es lo que explica el Capítulo I que lo enmarcamos, además, dentro de los principios en los que deben estar las acciones sanitarias y de educación y a esto se refieren los artículos que van del 1º al 8º de este proyecto de ley.

En el Capítulo II ingresamos a las definiciones que se encuentran dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, es decir que allí se establece que tanto la pareja, si es que existe como tal o la mujer, si es que tiene que tomar una decisión solitaria, pueden hacerlo en determinadas condiciones, que -diríamos- se basan en los estándares internacionales médicos o sea, las doce semanas, que a nivel científico se ha definido como el período en que aún no existe un desarrollo nervioso que pueda implicar otros parámetros éticos. Además, pasadas esas doce semanas, se define en qué casos puede haber interrupciones que serían, por ejemplo, cuando está en juego la viabilidad del feto o la vida de la mujer. En todas esas situaciones se establece en qué condiciones debe definirse y, por supuesto, los marcos y los procedimientos para esa definición.

Cuando presentamos este proyecto de ley -que es el que ustedes tienen en la carpeta- lo que establecimos en la segunda parte fue extraído de una iniciativa anterior que fue revisada teniendo en cuenta el punto de vista legal y el Código Penal, las discusiones que se han dado en los últimos años y el marco ético en el que queremos manejarnos, introduciendo ahora algunas modificaciones en el tema de las restricciones. En los cuadros pusimos el artículo que habíamos presentado y las modificaciones que hacemos, por ejemplo, en el caso del artículo 12, que es simplemente una referencia mal hecha del número del artículo. En lo que tiene que ver con el consentimiento de las niñas y adolescentes agregamos el procedimiento, que en el proyecto que habíamos presentado no estaba claro y nos parecía especialmente importante la autorización judicial. La incorporamos allí, porque desde que se presentó la iniciativa anterior está aprobado el Código de la Niñez y la Adolescencia y nosotros nos atenemos a esos procedimientos. Asimismo, en cuanto a las personas declaradas incapaces tomamos la propuesta relacionada con las modificaciones que también introdujo el Código de la Niñez y la Adolescencia.

En el Capítulo III se explicitan algunas disposiciones que tienen que ver con el tema del acto médico, porque para nosotros es un tema central que no se realice con valor comercial, a los efectos de que esto -es lo que más nos importa- llegue a toda la población. Entonces, si una persona quiere ir a una clínica en donde se pagan ciertos servicios suntuarios con determinada calidad, puede hacerlo, pero lo que más nos preocupa es que el sistema de salud lo incorpore para todas las personas, sea cual sea su condición económica. Por supuesto, salvaguardamos la objeción de conciencia de los médicos, de acuerdo con su propia definición, porque esto nos parece especialmente importante, pero también preservamos la necesidad de que todas las instituciones tengan servicios y cuestiones especiales para los casos graves y urgentes.

Obviamente, se plantea la necesidad de dar cuenta al sistema estadístico del Ministerio de Salud Pública. Este es uno de los problemas que hoy tenemos porque, como el aborto está criminalizado, muchas veces -esto lo hemos visto en el seguimiento que se hace de las muertes maternas a nivel del Ministerio de Salud Pública- el médico no dice por qué se murió una mujer luego de un proceso de infección surgido, por ejemplo, a partir de un procedimiento mal hecho. Entonces, allí tampoco tenemos una estadística que nos permita saber en qué casos eso se está realizando mal y tampoco se pueden controlar estas situaciones.

Por otro lado, restringimos la iniciativa a los ciudadanos naturales o legales para evitar que esto se aplique a turistas, pues nos parece que no corresponde, ya que se trata de una responsabilidad que asume el país a través de sus políticas públicas.

Asimismo, introducimos algunas modificaciones. Se habían incluido algunos artículos que no debemos eliminar del Código Penal, que deben quedar. Por lo tanto, los suprimimos del proyecto que habíamos presentado y dejamos la redacción textual de las normas del Código Penal con relación a las eximentes.

También modificamos alguna cosa que es bastante obsoleta en lo que hace a la concepción, sustituyendo, por ejemplo, lo que tiene que ver con el honor. Del mismo modo nos pareció que tenían que quedar algunas de las eximentes relativas a las disminuciones de las penas lo que, obviamente, nos lo han recomendado abogados y abogadas. Me refiero a sustituir la palabra "honor" -que tiene una conceptualización vieja que data del Siglo XIX- pues se refería al honor del marido o al de los varones de la familia, porque realmente puede haber un estado de intensa conmoción emocional y porque también puede ser una eximente. Según dicen los abogados, esta situación no es la misma que la provocada por alguien que agrede intencionalmente. A su vez, no es lo mismo que la mujer realice un aborto en su propio cuerpo que si se lo realiza otra persona.

Por supuesto, creemos que el delito tiene que seguir existiendo en el caso de que no haya consentimiento. Para nosotros la libertad de opción de las personas es un tema central. Hemos discutido mucho todo esto, inclusive en este período en que se están aplicando todo tipo de políticas de apoyo de accesibilidad a los métodos anticonceptivos, con relación a la colocación del DIU, a la ligadura tubaria, etcétera. El tema del consentimiento tiene que ser un requisito muy importante. Por eso, en uno de los primeros artículos se habla de respetar los tiempos de las personas.

Es necesario tener información para tomar una decisión con respecto a la aplicación de un método anticonceptivo, como por ejemplo una ligadura tubaria o la interrupción de un embarazo. Esto requiere un tiempo de reflexión -que obviamente en el caso de interrupción del embarazo no puede ser muy largo- que los médicos tienen que respetar desde el punto de vista ético. A veces -esto lo hemos discutido con algunos de los médicos del Hospital Pereira Rossell- la colocación del DIU en el momento del parto, sobre todo en las adolescentes, no es lo mejor. Por eso, nos parece que los marcos éticos en el sentido de respetar los tiempos y dar información a las personas en estos casos, es lo primero que se debe tener en cuenta. Y eso también tratamos de trasladarlo a las modificaciones legales que hacemos, donde el tema del consentimiento nos parece que es central y tiene que quedar establecido para los equipos médicos que actúen en esto. Lo mismo sucede con la imparcialidad en la entrega de información en todo lo que sea educación para la sexualidad a nivel docente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Correspondería dar cuenta de los asuntos entrados.

SEÑOR CID.- Previamente, quisiera decir que me parece muy importante la puesta en marcha del análisis de este proyecto de ley, pero creo que deberíamos fijar régimen de trabajo puesto que habíamos acordado convocar a algunos organismos e instituciones. Aclaro que no estoy tratando de evitar que se consideren los asuntos entrados, sino de decidir cómo vamos a seguir avanzando con este proyecto de ley. Personalmente, había sugerido que, dado que hay nuevas autoridades en el Ministerio de Salud Pública -aunque no debemos olvidar que en la versión taquigráfica consta la opinión de las anteriores- y teniendo en cuenta que también ha habido cambios en la Bancada, puede haber posiciones distintas.

Asimismo, tendríamos que convocar al Sindicato Médico del Uruguay, que ha estado trabajando específicamente en este tema y hasta ha realizado publicaciones. Por lo tanto, podría ilustrarnos un poco más *in extenso* acerca de la historia reciente de este tema y de su evolución en el Hospital Pereira Rossell.

Se me ocurre que con la distribución de la versión taquigráfica -hecha a pedido de algunos señores Senadores integrantes de la Comisión- podría, no digo agotarse el tema, porque de pronto algún señor Senador puede plantear que se solicite alguna otra opinión, pero por lo menos encaminarse luego de escuchar a los representantes de los dos organismos que pensamos convocar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Comparto el punto de vista del señor Senador Cid, pero quisiera hacer la siguiente puntualización.

Estamos en instancias definitorias en lo que tiene que ver con el proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y creo que todas nuestras energías están concentradas en debatir su articulado y considerar las alternativas y modificaciones que se planteen.

No digo que dejemos este tema de lado o que no lo abordemos y no sé cuánto tiempo más pueda insumirnos el proyecto de ley relativo al Sistema Nacional Integrado de Salud, pero ya estamos

en un momento definitorio y no me parece que vaya a haber mucho más debate, por lo que es probable que en unas sesiones más finalicemos con este tema.

Ya estamos votando el articulado, si bien es cierto que se han desglosado muchos artículos, pero también es verdad que sesión tras sesión vamos avanzando. Por lo tanto, no sé si no sería más prudente terminar con el proyecto de ley referente al Sistema Nacional Integrado de Salud y luego abocarnos de lleno a este otro tema. De lo contrario, me temo que entremos en una especie de doble régimen de trabajo con el tratamiento, por un lado, del Sistema Nacional Integrado de Salud y, por otro, de este proyecto de ley. Reconozco que los dos son importantes, pero reitero que el relativo al Sistema Nacional Integrado de Salud se encuentra en instancias definitorias. Prácticamente, estamos finalizando el trabajo en la Comisión y pronto estaremos en condiciones de elevar el informe al Plenario.

Sin embargo, dejo el punto a criterio de los compañeros. Naturalmente, como siempre ha ocurrido en esta Comisión, decidiremos por consenso lo que parezca mejor.

Planteo esto como una cuestión práctica de trabajo y sin perjuicio de lo que acaba de señalar el señor Senador Cid que, sin duda, es importante; parecería algo de trámite antes de seguir con el tratamiento del articulado.

SEÑORA PERCOVICH.- Creo que hemos tenido esta discusión como cuatro veces desde que empezó el año. Sabíamos que la Comisión iba a tener mucho trabajo y considero que hemos sido muy ágiles, porque de los tres grandes proyectos de ley que nos fueron remitidos en el tema salud, ya sacamos dos. Por otra parte, creo que el proyecto de ley de FONASA no sufrió ninguna modificación y el relativo a la descentralización todavía no nos lo han enviado. Los integrantes de esta Comisión habíamos acordado -esto era lo que yo había entendido, aunque sé que algunos señores Senadores no estaban de acuerdo- que como teníamos varios proyectos de ley atrasados, convenía seguir manteniendo el régimen de doble reunión para, de esa manera, poder aprobarlos. Fue así que aprobamos el proyecto de ley relativo al adulto mayor, pero tenemos otros para considerar, como este que estamos analizando y dos más, uno de ellos presentado por el señor Senador Cid, referente al bienestar animal.

SEÑOR CID.- Ese proyecto de ley está en la Comisión de Educación y Cultura.

SEÑORA PERCOVICH.- De acuerdo.

Me parece que sería un error dedicar también esta sesión a discutir los otros temas relativos al Sistema Nacional Integrado de Salud, porque este espacio ya lo tenemos destinado a que esta Comisión se reúna, aunque no en forma muy extensa, porque los martes es un día que tenemos otras sesiones. En realidad, si solamente dedicamos esta sesión para abocarnos a la profundización del otro tema, no veo en qué coliden ambas cosas.

Reitero que sería bueno que no se nos acumularan los proyectos de ley que tenemos para analizar. Este proyecto genera mucha expectativa y deja bastante mal parado al sistema político en la medida en que ni siquiera lo tratemos, porque una cosa es que se vote o no, que se esté de acuerdo o no y otra es que ni siquiera comencemos a discutir los artículos para ver si estamos o no de acuerdo y si vamos a introducir modificaciones. Me parece que no ayudamos en nada al tratamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud -obviamente que como Legisladora del Partido de Gobierno soy la primera interesada en que se apruebe lo antes posible, a no ser que resolvamos que también vamos a discutir su articulado acá, en este espacio.

En realidad, me gustaría que la decisión de esta Comisión fuera transparente: queremos o no discutir este proyecto de ley. Si lo queremos discutir, tenemos que empezar a analizar su articulado. Incluso, habíamos expresado que antes de comenzar a discutirlo era conveniente anotarnos las dudas para después hacer preguntas al Ministerio de Salud Pública, en el sentido de si está o no en condiciones de cumplir con él; al sistema de educación, en cuanto a si va a cumplir con una educación sexual y, tal como expresaba el señor Senador Cid, qué es lo que piensa el Sindicato Médico del Uruguay al respecto, que ha tomado decisiones con relación a ciertas responsabilidades que tiene. Reitero que me gustaría empezar a discutir este asunto, porque está muy bien que quienes hemos redactado el proyecto de ley hagamos exposiciones marco, que procuremos mejorarlo en su redacción

y en sus consecuencias legales, etcétera, pero, en realidad, después no lo tratamos. Insisto en esto, porque me parece que el Poder Legislativo está quedando mal.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si este era el régimen de trabajo que habíamos acordado, seguiremos con él, tal cual estaba proyectado. Tengo entendido que se había establecido -si no es así, solicito que por Secretaría se me corrija- que esta Comisión iba a sesionar todos los martes del período ordinario de sesiones del Senado, para empezar a tratar este tema. Entonces, seguimos con este régimen que ya estaba fijado.

SEÑOR ANTIA.- Me parece que sería buena idea citar a esta Comisión a los tres responsables del área de la Cátedra de Ginecología del Pereira Rossell -compuesta por dos Grado 5 y otro especializado en el tema- para conocer la información que tienen. No sé si ya asistieron en otra oportunidad pero, de todos modos, creo que sería bueno convocarlos.

SEÑOR VAILLANT.- Estoy totalmente de acuerdo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, tenemos dos planteos: uno del señor Senador Cid y otro del señor Senador Antía. Por ende, solicito que por Secretaría se coordine la fecha en que podrán ser recibidas por esta Comisión las autoridades, la institución y las personalidades a que se hizo mención, en el entendido de que los martes entre el 1º y el 18 los dedicaremos a tratar el proyecto de ley que tenemos a consideración.

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

SEÑOR SECRETARIO.- En primer lugar, hay una nota remitida por la Comisión de Constitución y Legislación de la Cámara de Senadores adjuntando copia del planteamiento del señor E9dil suplente Walter Urrutia sobre la posibilidad de que el Fondo Nacional de Recursos se haga cargo de los trasplantes de intestino.

En segundo término, ha llegado a la Comisión un fax remitido por PROCARDIAS, que es una asociación civil sin fines de lucro, donde se comunica los órganos directrices electos en el Acto Electoral del 18 de abril del corriente año.

Estos dos asuntos ya fueron repartidos.

Por último, tenemos la Revista Institucional Nº 49, remitida por la Asociación de Química y Farmacia del Uruguay de mayo de 2007. En este caso, como se nos entregó un solo ejemplar, el mismo está en Secretaría a disposición de los señores Senadores.

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos para considerar, se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 13 y 30 minutos)